



CENTRO DE ACTIVIDAD DE DES MOINES – BOLETA DE PARTICIPANTE

USAR LETRA DE MOLDE (toda información es confidencial)

MES _____, 2010

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECION _____ TELEFONO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ C.POSTAL _____ MASCULINO / FEMENINA

*** OBLIGATORIO del *** del CONTACTO de la EMERGENCIA (pariente, amigo, o doctor)

A quien notificamos en caso de emergencia? (Familiar, Amigo u o doctor)

Nombre _____ Telefono () _____

A quien notificamos en caso de emergencia? (Familiar, Amigo u o doctor)

Nombre _____ Telefono () _____

¿si usted vive solamente y hay una interrupción de la energía, el terremoto, o el otro desastre debe nosotros llegar en usted? Si No

Favor de marcar una casilla – necesitamos esta información para recaudar fondos:

ORIGEN ETNICO

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alaska nativo | <input type="checkbox"/> Hispano | |
| <input type="checkbox"/> Japones | <input type="checkbox"/> Nativo Am | <input type="checkbox"/> Chino |
| <input type="checkbox"/> Koreano | <input type="checkbox"/> Caucasico | <input type="checkbox"/> Filipino |
| <input type="checkbox"/> Indones | <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Usted tiene una inhabilidad? Si No